

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 281

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE, PAUL GOUTALLIER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Orléans (Loiret), le 8 Juin 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Métrorragies après la Ménopause

SOUS LA

dépendance de Lésions annexielles

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE, PAUL GOUTALLIER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Orléans (Loiret), le 8 Juin 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Métrorragies après la Ménopause

SOUS LA

dépendance de Lésions annexielles

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expériment ^l .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
BROCQ. Pathologie chirurgicale.	LEVEUF. Pathologie chirurgie.
BRULÉ. Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI. . . Neuro-psychiatrie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	LIAN. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	MILLOT Histologie.
CHABROL Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgie.
CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. . Pathologie chirurgie.
DOGNON. Physique.	MOURE. Pathologie chirurgie.
DONZELOT. Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
ÉCALLE Obstétrique.	N Physiologie.
FEY Urologie.	OBERLING. Anatomie pathologique.
GARNIER. Pathologie expérimentale.	OLIVIER. Anatomie.
GASTINEL. Bactériologie.	PIÉDELIEVRE. . . Médecine légale.
GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale.	PORTES. Obstétrique.
GIROUD Histologie.	QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
HARVIER. Pathologie médicale.	RICHET Physiologie.
HAZARD. Pharmacologie.	SAUNIÉ Chimie biologique.
HOVELACQUE. . . Anatomie.	SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
HUTINEL. Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.	VAUDESCAL. . . . Obstétrique.
JOANNON Hygiène.	VELTER. Ophtalmologie.
	VERNE. Histologie.
	VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT. Obstétrique.	RETTERER. Histologie.
LEQUEUX Obstétrique.	ZIMMERN Physique.
LEROUX Anatom. pathologique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LIGNEL-LAVASTINE . .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME, A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de mon respectueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE BROCC

Qui m'inspira ce travail, témoignage de ma gratitude et de ma respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- 1924 M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).
M. LE PROFESSEUR GOSSET.
1925 M. LE DOCTEUR DUFOUR.

Externat

- 1926 M. LE PROFESSEUR LEJARS.
1927 M. LE DOCTEUR TRÉMOLIÈRES.
1928 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN.
1929 M. LE DOCTEUR RAMOND FÉLIX.

A MES AUTRES MAITRES

- M. LE DOCTEUR LE LORIER, PROFESSEUR AGRÉGÉ,
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX.
M. LE DOCTEUR CATHALA, PROFESSEUR AGRÉGÉ,
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX.
M. LE DOCTEUR R. SOUPAULT, CHIRURGIEN DES
HOPITAUX.

Introduction

Lorsque, chez une malade qui a franchi la ménopause depuis un certain temps, on voit survenir des métrorragies, on pense naturellement à la cause la plus fréquente : le cancer du col.

L'examen digital et l'examen au spéculum suivi de biopsie, permettent d'affirmer ou d'éliminer la réalité du néoplasme.

Cette cause écartée, c'est au cancer du corps utérin que l'on doit, dans la loi de la fréquence, rattacher les hémorragies. La chose est bien exacte puisque, le plus souvent, les moyens d'exploration endo-utérine ou même l'hystérectomie pratiquée systématiquement montreront le bien-fondé de cette hypothèse.

Néanmoins, il serait exagéré de croire que toute hémorragie de la ménopause d'origine utérine soit liée fatalement à l'existence d'un cancer. En effet, les métrites séniles et les métrites polypeuses peuvent se rencontrer ; elles se révèlent par des accidents qui offrent une fâcheuse analogie avec ceux qui caractérisent les cancers, affection si commune à cet âge et il en résulte, il est vrai, de fréquentes erreurs de diagnostic.

Mais il faut aussi savoir que la métrorrhagie peut reconnaître comme pathogénie *une cause extra-utérine*. C'est ainsi que des lésions ovariennes bénignes ou malignes peuvent, après la ménopause, faire saigner la muqueuse utérine en exerçant sur elle une action obscure, peut-être d'ordre réflexe.

C'est cette étiologie spéciale, évidemment rare, mais intéressante à connaître parce qu'elle peut prêter à des erreurs d'interprétation et par suite de thérapeutique, que nous voulons exposer ici, à l'occasion d'une observation bien typique qui nous a été confiée par notre Maître, le Professeur Agrégé Pierre Brocq.

Observation Inédite

Madame L..., 67 ans, consulte, pour des métrorragies fréquentes et répétées.

Rien de particulier dans les antécédents.

1 fille.

Ménopause à 47 ans.

T. A. = 18-10.

Azotémie = 0 gr. 20.

Pas d'hyperglycémie.

Pas de glycosurie.

29 novembre 1929 : curettage explorateur, sous anesthésie générale à l'éther.

Tentative de lipiodol le même jour, mais échec parce qu'on ne croyait pas pouvoir franchir le col. Or, on était au fond de l'utérus dont la cavité était toute petite. Dans ces conditions, on n'a pas essayé de pousser l'injection.

Sous anesthésie générale, examen gynécologique. On ne sent rien sur les côtés de l'utérus qui paraît peu mobile.

Dilatation du col. Exploration à la curette. Cavité très petite et régulière. On ne ramène qu'un petit corps fibreux rouge, du volume d'une petite noisette.

Examen histologique : fibrome sous-muqueux.

REPRISE DES HÉMORRAGIES 15 JOURS APRÈS LE CURETTAGE.

M. Siredey conseille la laparotomie.

Laparotomie le 4 février 1930.

Anesthésie : Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus tout petit, du type sénile.

Tumeur kystique bilatérale des ovaires.

A droite, petite tumeur kystique libre.

A gauche, tumeur de la grosseur d'une petite orange, adhérente au plancher pelvien.

Hystérectomie subtotale de droite à gauche.

La tumeur gauche, très adhérente au mésocolon sigmoïde est ouverte pendant la libération ; elle contient des masses molles et friables qui semblent avoir perforé la poche et adhérer au mésosigmoïde.

Péritonisation, petit drain.

Paroi en 3 plans.

Revue le 6 mars. Excellent état.

Début 1931. — Traitement post-opératoire : radiothérapie intensive.

Examen histologique de la pièce.

I. — FRAGMENT DE TUMEUR

Ce fragment est formé de tissu fibreux parcouru par des trousseaux de fibres lisses ; il paraît provenir du ligament large ; il contient 2 sortes de formations néoplasiques, qui ne sont vraisemblablement que deux stades du même processus. Ces deux foyers, au point examiné, sont à une grande distance l'un de l'autre et ne communiquent pas entre eux. L'un est constitué par des cavités

séparées les unes des autres par de très minces parois, conjonctives ; ces cavités sont tapissées d'un épithélium cylindrique à une seule couche, et remplies par de petites villosités très ramifiées, revêtues du même épithélium.

L'autre foyer est formé de grandes nappes de cellules épithéliales ; ces nappes sont incisées sur les bords et parcourues par un très fin réseau vasculo-conjonctif ; les cellules sont ovoïdes, assez grandes, très différentes de celles du premier noyau ; elle présentent un assez grand nombre de mitoses. Le caractère épithéliomateux de cette formation est évident. Il existe, en outre, un grand nombre de petits foyers inflammatoires d'aspect banal, dont certains contiennent beaucoup de polynucléaires.

II. — FOND DE L'UTÉRUS.

Le tissu est formé de trousseaux de fibres lisses épars dans un tissu fibreux qui est plus ou moins abondant suivant les points et qui constitue, en outre, à lui seul, de grands territoires d'où le muscle a complètement disparu. Il n'y a, dans cette pièce, aucun foyer épithélial, ni aucune lésion inflammatoire en activité. Les vaisseaux sont extrêmement nombreux ; ils sont très gros et possèdent des tuniques très épaisses, en grande partie fibreuses, avec épaississement fibreux de l'endartère.

III. — FRAGMENT D'OVAIRE

De la structure normale de l'ovaire, il ne reste qu'un tout petit territoire presque entièrement rempli par un corps jaune fibreux. Tout le reste est transformé en une dentelle

dont les mailles sont bourrées de villosités ramifiés. En certains points, l'aspect est celui du premier noyau néoplasique décrit dans le fragment de tumeur ; les cellules sont cylindriques, disposées sur une seule couche. Mais ailleurs, les cellules sont moins régulières, plus volumineuses, elles tendent à devenir sphériques ou ovoïdes, et se rapprochent beaucoup de celles du deuxième noyau du fragment de tumeur. Enfin, dans une région limitée, formant une sorte de lobule de la tumeur, les cellules prennent entièrement l'aspect de celles du deuxième noyau ; elles se stratifient, les villosités contractent des adhérences et il se forme, soit des complexes à lumières multiples, soit des nappes uniformes de cellules épithéliales qui sont toutefois beaucoup moins étendues que celles du côté opposé.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma germinatif, plus évolué d'un côté, où il prend une forme massive, que de l'autre, où il affecte une disposition villeuse.

Historique

Très rares sont les articles médicaux où il soit fait mention des métrorragies d'origine ovarienne après la ménopause.

Nous trouvons, tout d'abord, dans la *Revue de Chirurgie* de 1884, une conclusion de Terrier qui prétend qu'il ne semble pas y avoir une relation à établir entre la transformation kystique des ovaires et la persistance ou l'arrêt de l'écoulement menstruel. Il apporte cependant une restriction, signalant qu'après la ménopause, le développement des néoformations ovariques paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant ou plus ou moins irrégulier.

En 1899, Bouilly étudie les métrorragies d'origine ovarienne et plus spécialement les métrorragies dans les kystes simples de l'ovaire. Il constate « que les métrorragies en relation avec le kyste simple de l'ovaire peuvent être considérées comme un cas exceptionnel. Sur un nombre considérable de cas opérés, dit-il, je ne la trouve notée que 52 fois ». Cette étude porte sur toutes les périodes de la vie, mais il ajoute : « Chose remarquable, ces métrorragies n'appartiennent pas à la période d'activité génitale de

la femme ; je ne l'ai observé qu'une seule fois chez une femme jeune encore, âgée de 38 ans, et sauf ce cas, les femmes atteintes de métrorragies sont les unes, le plus petit nombre — 2 cas — au voisinage de la ménopause, les autres ménopausées depuis un temps plus ou moins long, quelquefois très long. »

Eudes, dans sa thèse de Paris 1906-07, cite Boinet qui prétend que chez les vieilles femmes atteintes de cancer de l'ovaire, on a vu réapparaître les règles longtemps après la ménopause ; et avec Le Dentu, Boinet admet que les kystes produisent parfois, après la ménopause, un retour irrégulier de l'écoulement sanguin.

A vrai dire, la question avait été peu traitée et les ouvrages classiques, aussi bien français qu'étrangers, avaient accordé peu d'attention aux métrorragies séniles d'origine ovarienne. C'est en 1924 que Moulonguet précise, par ses observations, qu'il semble bien exister un rapport entre métrorragies après la ménopause et tumeurs ovariennes.

Clinique

Les hémorragies de la ménopause présentent les modalités les plus variables, elles s'accompagnent d'un minimum de signes cliniques, parfois elles constituent le seul symptôme, aussi conçoit-on la très grande difficulté du diagnostic étiologique.

L'hémorragie peut être unique, brusque, sans douleur, ne se reproduisant pas. Souvent dans ce cas, la malade n'y attache aucune importance, surtout lorsque ce phénomène survient peu de temps après la ménopause.

Elle peut se répéter sans observer un rythme particulier, ou bien se prolonger en un suintement sanguin peu abondant, mais continu au cours duquel se produit, à plusieurs reprises, une perte abondante de quelques jours.

Assez souvent, ces hémorragies affectent un rythme régulier qui doit retenir l'attention : survenant quelques jours par mois ou toutes les 3 semaines, elles prennent le caractère régulier et intermittent de véritables règles.

Ces pertes sont, le plus souvent, minimes, parfois on peut trouver des pertes de caillots. Dans une observation ancienne de Bouilly, on cite une anémie véritable produite par des hémorragies abondantes.

Dans la règle, ces pertes n'entraînent pas, par leur

abondance, un retentissement sur l'état général ; cela tient vraisemblablement à ce que ces malades se font examiner très tôt : en effet, une perte de sang par les voies génitales survenant vers 65 à 70 ans, inquiète la femme.

L'absence de douleur est un élément important à noter. Elle semble, en effet, presque constante au cours de l'hémorragie en rapport avec une tumeur annexielle. Bouilly, Moulonguet ont, en effet, remarqué que ces métrorragies se font sans les douleurs abdominales ni les coliques utérines qui existent dans le cancer utérin. On ne constate pas de douleurs journalières à horaire fixe, si particulières au cancer du corps utérin.

Les hémorragies ne sont pas toujours constituées par du sang pur, rappelant les règles normales. On peut observer une alternance de pertes sanglantes avec des pertes leucorrhéiques qui revêtent différents caractères :

Soit pertes blanches, jaunâtres, séreuses ou visqueuses.

Soit leucorrhéiques, mélangées de sang, rosées ou brunâtres.

Elles ont parfois une odeur désagréable, fétide même.

Enfin, peuvent s'ajouter des troubles liés au kyste lui-même, qui amènent la malade à consulter et dont le diagnostic est, dans ce cas, facile à poser, puisqu'il s'agit de kystes volumineux.

La malade consulte pour une augmentation de volume de son ventre. Pour elle, les hémorragies passent au second plan, d'autant plus que, si elle est au voisinage de la ménopause, la malade accepte l'idée d'un retour de règles.

Ou bien, le symptôme douleur l'inquiète, douleur à siège lombaire, abdominal ou périnéal. Elle est en rapport avec

la tumeur annexielle, elle existe en dehors des périodes d'hémorragie.

Enfin, il peut s'agir de troubles de la miction, pollakiurie ou incontinence d'urine qui se rencontrent dans les tumeurs enclavées du petit bassin.

Anatomie Pathologique

Les observations que nous avons relevées montrent que toutes les variétés de tumeurs de l'ovaire peuvent déterminer des métrorragies après la ménopause, qu'il s'agisse de néoplasie bénigne ou maligne, de kystes de l'ovaire ou de tumeurs solides de l'ovaire. Il est donc évident que la nature histologique de la formation ovarienne n'importe pas dans la production des métrorragies.

Les examens anatomopathologiques concernant 7 observations de Moulonguet ont montré que, dans 5 cas, il y avait hyperplasie très nette de la muqueuse, soit généralisée, soit polypes multiples faisant saillie dans la cavité élargie du corps utérin qu'ils remplissent complètement.

« Cette muqueuse hyperplasiée présente des caractères histologiques constants :

Du côté des glandes : cellules toutes semblables, bien régulières, tantôt ciliées, tantôt à bordure plate ; dans la cavité, on trouve des débris cellulaires et une substance peu colorable qui donne la réaction du mucus. Il semble bien que la leucorrhée soit en rapport avec l'importance de l'hyperplasie et de la sécrétion muqueuse qui s'y produit.

Du côté du stroma : cellules à type de fibroblastes, de la

muqueuse sénile formées d'un noyau clair, allongé, et d'un reticulum protoplasmique tenu. Ces cellules sont tantôt séparées par de l'œdème, tantôt dissociées par des raptus vasculaires indiquant l'intensité du flux hémorragique au moment de l'opération, tantôt elles sont tassées les unes contre les autres. Presque toujours des vaisseaux nombreux et dilatés marquent la congestion.

Deux caractères manquent à l'hyperplasie muqueuse sénile pour reproduire tous les traits de l'hyperplasie de la période génitale :

L'aspect dentelé des glandes leur donnant la forme dite en dents de scie ;

L'évolution déciduale des cellules du stroma qui consiste en l'apparition et en l'hyperplasie du protoplasma de ces cellules.

Sous l'influence d'une néoplasie de la zone ovarienne, la muqueuse sénile ébauche à nouveau le même cycle évolutif : elle s'hyperplasia, elle secrète, elle saigne. Mais il manque à cette muqueuse cette hyperplasie spéciale des cellules du stroma qui les transforme en cellules déciduales ; aussi ne pourra-t-elle jamais reprendre son mode normal d'activité.

En résumé, l'anatomie pathologique de l'utérus montre, dit Moulouguet, la fréquence d'une reviviscence très nette de la muqueuse, reviviscence qui porte sur tous les éléments de cette muqueuse et qui se manifeste par des conséquences normales de son fonctionnement : métrorragies et pertes leucorrhéiques.

Pathogénie

Comment expliquer le rapport entre hémorragies et kyste ou tumeur de l'ovaire après la ménopause? Pourquoi ce phénomène de réactivation de la muqueuse utérine? On ne peut que faire des hypothèses. Nous rappellerons celles émises par Moulonguet.

Il faut remarquer, avec lui, que :

1° Les tumeurs, cause de métrorragies, sont aussi bien *unies* que *bilatérales* ;

2° L'ovaire est tantôt détruit, tantôt partiellement conservé au voisinage de la tumeur. C'est d'ailleurs un ovaire dépourvu de tout élément glandulaire, puisqu'il s'agit de femmes ayant dépassé la ménopause. Il n'est donc pas question d'action hormonique ;

3° Le volume de la tumeur peut être très minime aussi bien que considérable. Ce n'est donc pas par compression des viscères et trouble circulatoire que son action se produit. Cette explication ne vaudrait d'ailleurs que par les hémorragies et non pour l'hyperplasie muqueuse et les phénomènes sécrétoires. Elle est certainement inexacte ;

4° Parmi les néoplasies rencontrées, les tumeurs d'origine wolffienne sont les plus fréquentes. Elles siègent aussi

bien dans l'ovaire lui-même qu'à son voisinage immédiat, c'est-à-dire dans le mésovaire. Il est donc logique de supposer que c'est par l'intermédiaire des plexus nerveux du hile de l'ovaire, qu'agissent ces tumeurs, puisqu'on sait leur origine fréquente aux dépens des restes wolffiens du mésovaire.

Cette hypothèse reçoit une confirmation des faits de métrorragies causées par la torsion d'un kyste de l'ovaire.

Il existe, dans le mésovaire et le mésalpinx, un plexus nerveux avec des cellules nerveuses. Il est largement anastomosé avec les plexus latéro-utérins et par eux avec le ganglion hypogastrique.

Il s'agirait, suivant notre hypothèse, d'une action trophique exercée par cet appareil nerveux sur l'utérus sénile et cette action y reproduirait les différents modes d'activité de la période génitale, tous abolis lors de la ménopause.

Cette hypothèse n'a pu être confirmée par l'expérimentation. Moulongnet n'a pu modifier apparemment en rien la structure de l'appareil génital, par des inclusions irritantes produites au voisinage de l'ovaire chez les animaux de laboratoire.

Diagnostic

En présence d'une hémorragie utérine survenant après la ménopause, il serait peut-être bon, comme le dit J.-L. Faure, d'opérer sans faire d'exploration. En effet, si les examens cliniques et histologiques ont révélé la présence du cancer, on opère immédiatement. Si, au contraire, ils ont été négatifs, on n'est pas sûr qu'une erreur ne se soit glissée, qu'un curetage explorateur, par exemple, n'ait pas été incomplet et, dans le doute, l'intervention s'impose pour contrôler. Mais, outre l'erreur possible, avec la métrite sénile ou polypeuse qui sont des lésions bénignes et ne réclament qu'un curetage, il n'en reste pas moins ce fait, c'est que, si on ne peut apporter un argument solide, ou aura une grosse difficulté à convaincre la malade de la nécessité de l'intervention.

Ainsi, on est amené à proposer l'exploration endo-utérine. Ou bien, elle permet de trouver une cause acceptable de la métrorragie : cancer, polype, involution sénile de la muqueuse et alors on tire les conclusions thérapeutiques qu'elle comporte. Ou bien l'exploration endo-utérine reste entière, c'est alors qu'on a le droit de penser aux lésions annexielles.

Deux cas se présentent alors :

1° Les lésions annexielles se traduisent par des signes physiques cliniquement appréciables : le toucher vaginal associé au palper abdominal, ou encore par des signes radiologiques : longueur, incurvation, situation très haute des trompes, etc... et alors le diagnostic de métrorragies par lésion annexielle est soutenable.

2° On ne perçoit pas de tumeur latéro-utérine, ainsi qu'il arrive dans l'observation de M. Brocq. Le toucher vaginal montre un col sénile, un utérus un peu volumineux, mobile, non douloureux à la palpation. Pourquoi la néoplasie n'est-elle pas sentie ? peut-être à cause de son petit volume ; ou bien, plaquée contre l'utérus, elle ne peut en être dissociée. Souvent, l'examen est rendu difficile par l'obésité de la malade. Dans notre observation, même en ayant recours à l'anesthésie générale, le diagnostic n'a pu être posé. Finalement, le diagnostic n'est fait qu'au cours de l'intervention : c'est une découverte opératoire.

Peut-on être amené au diagnostic de tumeur annexielle par les caractères de l'hémorragie ? Pratiquement non, bien que, dans les articles qui ont été publiés, on note avec régularité l'absence de douleurs. Exception faite naturellement des douleurs en rapport avec le kyste lui-même, et qui subsistent aussi bien au cours des périodes d'hémorragie, qu'entre les périodes.

En présence d'hémorragies survenant après la ménopause, le premier réflexe est la recherche du cancer ; on sait toute la difficulté à en poser le diagnostic, surtout si certaines circonstances compliquent le diagnostic en don-

nant à tort l'illusion d'une tumeur bénigne. Tous les examens peuvent être faits avec la minutie la plus grande ; quand bien même la réponse serait négative, la prudence même commande de se méfier et l'intervention sera décidée. On ne sera jamais sûr qu'une métrite cervicale ancienne ou un polype muqueux ne contribuent pas à cacher un néoplasme profond. L'examen fait-il découvrir un fibromyome qui suffirait à expliquer à lui seul la métrorragie, la crainte du cancer le fera suspecter de dégénérescence.

Il ne faut pas oublier qu'il est d'autres causes qui provoquent des hémorragies.

La métrite ancienne où les pertes sanguines réapparaissent après la ménopause, chez des femmes qui, autrefois, avaient eu des métrorragies.

La métrite sénile qui survient chez des femmes dont l'utérus ne semblait pas malade jusqu'alors. On se rappellera que l'odeur précocce des suintements constitue un symptôme en faveur d'une lésion bénigne.

La métrite polypeuse, où l'inflammation provoque en quelques points de la muqueuse un bourgeonnement excessif.

Sclérose utérine, syphilis tertiaire, « Rappel de règles » de Dalché en rapport avec des ovulations tardives peuvent entraîner des hémorragies après la ménopause.

En résumé, il faut avoir présente à l'esprit, dans les métrorragies de la ménopause, cette notion qu'une tumeur ovarienne peut faire saigner. On pensera à rechercher la néoplasie ovarienne dans les cas où la métrorragie n'est pas expliquée par une des causes fréquentes : cancer du col, cancer du corps, métrite sénile, métrite polypeuse.

Si la tumeur ovarienne est décelable cliniquement, on est en droit de lui imputer les troubles hémorragiques ; dans le cas contraire, il sera assez souvent difficile d'amener la malade à l'intervention ; ce n'est qu'après des examens répétés, un curetage qui n'aura pas entraîné un arrêt des hémorragies, que l'on convaincra la malade de la nécessité de l'opération. Dans certains cas, on aura la surprise de découvrir une lésion annexielle parfois bénigne et de pouvoir porter un pronostic favorable inespéré.

Traitement

Si le diagnostic de tumeur ovarienne est fait, le traitement chirurgical s'impose : l'hystérectomie totale. Il n'y a aucune raison de conserver un utérus sénile alors qu'il saigne et fournit des pertes leucorrhéiques ; et l'on doit toujours craindre à cet âge le développement d'un cancer sur un organe « si malencontreusement réveillé » (Moulonguet). L'exérèse des annexes doit être faite avec prudence à cause des adhérences ; et s'il reste des fragments de tumeur, c'est alors que se pose le problème de la radiothérapie post-opératoire, comme il a été fait dans le cas fourni par M. Brocq.

Cette question de la radiothérapie post-opératoire est actuellement à l'étude. Elle ne pourra avancer que lorsqu'on possédera de nombreuses observations relatant à la fois l'examen histologique de la tumeur et les résultats de la radiothérapie.

La complexité de l'embryogénèse et de l'histologie de l'ovaire normal explique qu'on rencontre des néoplasies aussi différentes. Des observations récentes ont montré qu'elles se comportent différemment vis-à-vis des radiations de courte longueur d'ondes et d'après Moulonguet (séance de la « Société d'Obstétrique et de Gynécologie de

Paris » de mars 1931), il existe des *cancers radiosensibles*, tels que les séminomes et les folliculomes, des *cancers radiorésistants*, tels que les tumeurs papillaires végétantes malignes.

En résumé, l'intervention chirurgicale s'impose : Hystérectomie suivie, dans certains cas, d'examen histologique de la tumeur, cet examen étant destiné à rechercher, selon nos connaissances actuelles, l'opportunité de la radiothérapie post-opératoire.

Observations

OBSERVATION 1

(Service du Professeur J.-L. Faure)

67 ans. Ménopause à 47 ans.

Il y a six mois, métrorragie peu abondante de sang rouge qui se répète depuis lors irrégulièrement. Cet écoulement est un peu fétide.

Curettage. Reprise, peu après, des métrorragies. Ascite-masse dans le Douglas.

Diagnostic hésite entre *cancer du corps utérin* et kyste de l'ovaire avec ascite.

Intervention. Double kyste de l'ovaire. Hystérectomie subtotale.

OBSERVATION 2

57 ans. Ménopause à 46 ans.

Depuis deux ans, métrorragies discontinues, puis continues.

Toucher : derrière l'utérus, on sent une masse régulière et dure.

Diagnostic clinique : cancer du corps utérin avec kyste pelvien.

Diagnostic opératoire : kyste de l'ovaire droit repoussant et aplatisant un utérus petit en galette.

Hystérectomie subtotale.

OBSERVATION 3

Quinze ans après la ménopause, apparition de métrorragies. En même temps, le ventre augmente de volume.

Hystérectomie subtotale pour tumeur solide de l'ovaire.

OBSERVATION 4

Six ans après la ménopause, perte de sang pendant huit jours. Dix ans après, métrorragies continues qui forcent la malade à consulter.

Intervention : kyste de l'ovaire.

OBSERVATION 5

Ménopause il y a dix-neuf ans. Métrorragie subite qui s'est renouvelée plusieurs fois depuis. Sang mélangé de sécrétions roussâtres avec odeur désagréable.

Utérus un peu gros.

Diagnostic : cancer du corps utérin.

Hystérectomie vaginale : ovaire gauche kystique. Utérus contenant deux polypes muqueux, du volume d'un gros œuf. La muqueuse est hypertrophiée dans son ensemble ; les glandes sont très dilatées.

OBSERVATION 6

Ménopause il y a neuf ans.

Depuis six ans, métrorragies dont l'abondance augmente ; leucorrhée fétide, douleurs abdominales.

Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire.

OBSERVATION 7

Métrorragie très abondante douze ans après la ménopause.

Utérus volumineux.

Diagnostic : cancer du corps utérin.

Hystérectomie totale : kyste minuscule de l'ovaire droit.

OBSERVATION 8

(Service du Professeur Hartmann)

56 ans ; ménopause à 50 ans.

Quelques semaines après son entrée dans le service, a vu revenir du sang pendant trois jours, puis pertes blanches.

Diagnostic : fibrome utérin.

Intervention : carcinose pelvienne à point de départ ovarien, avec greffes sur le péritoine.

OBSERVATION 9

59 ans. Ménopause depuis dix ans. Depuis cinq ans, le ventre augmente de volume. Il y a dix mois, perte d'eau roussâtre, fétide qui empèse le linge.

Kyste de l'ovaire gauche.

OBSERVATION 10

68 ans. Ménopause depuis neuf ans ; pertes jaunes sans véritables métrorragies.

Cancer adhérent de l'ovaire gauche.

OBSERVATION 11

49 ans. Ménopause depuis trois ans.

Une métrorragie abondante, puis cessation et reprise sous l'apparence de pseudo règles.

Intervention : Double kyste ovarique dégénéré avec métastoses cancéreuses sur le péritoine abdominal. Hystérectomie supravaginale.

OBSERVATION 12

51 ans. Ménopause il y a deux ans.

Augmentation de volume du ventre. Métrorragies abondantes avec des caillots.

Laparotomie : kyste inclus dans le ligament large contenant dix litres de liquide brun. Hystérectomie.

OBSERVATION 13

64 ans. Ménopause il y a dix-sept ans.

Métrorragies avec augmentation de volume de l'abdomen.

Intervention : kyste de l'ovaire volumineux, uniloculaire, avec ascite. Hystérectomie.

L'examen histologique montre la nature cancéreuse de la néoplasie.

OBSERVATION 14

58 ans. Ménopause il y a huit ans.

Métrorragies depuis deux ans, peu abondantes et irrégulières.

Kyste multiloculaire contenant six litres de liquide
Castration unilatérale.

OBSERVATION 15

50 ans. Ménopause à 48 ans.

Métrorragies.

Diagnostic de fibrome.

Intervention : péritonite cancéreuse et tumeurs mi-solides, mi-kystiques des deux ovaires.

OBSERVATION 16

51 ans. Ménopause à 40 ans.

Métrorragies.

Diagnostic posé de fibrome utérin.

Tumeur mi-solide, mi-liquide de l'ovaire qui est adhérente.

Hystérectomie. L'évolution a montré la malignité de la néoplasie qui a récidivé dans le pelvis.

OBSERVATION 17

69 ans. Ménopause à 50 ans.

Depuis un an, pertes rouges abondantes et à peu près continues.

Diagnostic clinique : évolution d'un fibrome après la ménopause.

Intervention : kyste de l'ovaire, tordu d'un demi-tour et contenant trois litres de liquide.

Tumeur poly kystique.

OBSERVATION 18

53 ans. Ménopause à 47 ans.

Pertes très peu abondantes, mais quotidiennes depuis six mois.

Diagnostic clinique : kyste de l'ovaire.

Intervention : masse polykystique incluse dans le ligament large et ayant détruit l'ovaire droit.

Castration unilatérale.

OBSERVATION 19

55 ans. Ménopause à 47 ans.

Pertes rosées, abondantes, depuis un an, sans mauvaise odeur, pas de douleur.

Diagnostic clinique : fibrome.

Intervention : kyste aréolaire de l'ovaire gauche.

OBSERVATION 20

64 ans. Ménopause à 45 ans.

Début brusque des symptômes par des douleurs lombaires et, en même temps, apparition de métrorragies. Le ventre augmente de volume.

Kyste mucoïde, multiloculaire.

OBSERVATION 21

67 ans. Ménopause à 52 ans.

Début par des douleurs et des métrorragies. Les métrorragies durent pendant un an, peu abondantes, mais à peu près continues.

Diagnostic clinique : fibrome inclus dans le ligament large.

A l'intervention : kyste séreux uniloculaire de l'ovaire droit.

OBSERVATION 22

55 ans. Ménopause depuis trois ans.

Un mois avant son entrée dans le service, les métrorragies ont débuté sous forme d'un écoulement rosé peu abondant et fétide.

Intervention : tumeur ovarienne droite solide, de gros volume et bosselée.

Hématosalpinx gauche.

Dans l'utérus, un polype grisâtre implanté sur le fond.

OBSERVATION 23

68 ans. Ménopause à 48 ans.

Ecoulements leucorrhéiques abondants. Une métrorragie unique peu abondante.

Tumeur maligne de l'ovaire gauche ayant envahi les organes voisins.

OBSERVATION 24

51 ans. Ménopause à 38 ans.

Pertes peu abondantes de sang mélangées à des écoulements leucorrhéiques, sans odeur.

Diagnostic de fibrome utérin. Application intra-utérine de radium. Aucune amélioration.

Les pertes jaunes alternent avec les métrorragies.

Tumeur mi-solide, mi-liquide de l'ovaire du volume d'une tête d'adulte.

Histologiquement : tumeur d'origine wolfienne.

OBSERVATION 25

54 ans. Ménopause à 50 ans.

Pseudo règles accompagnées de douleurs abdominales gauches.

Intervention : kyste volumineux contenant huit litres de liquide chocolat. On n'a pas retrouvé d'ovaire dans la paroi du kyste. Une végétation endokystique a le type histologique wolfien. Petits fibromes utérins.

OBSERVATION 26

(Bouilly)

Dix-huit mois après la ménopause, métrorragies pendant dix jours.

Très grand kyste de l'ovaire contenant vingt litres de liquide chocolat.

OBSERVATION 27

Deux ans après la ménopause, pseudo règles durant trois jours par mois, pendant dix-huit mois ; puis pertes abondantes suivies de métrorragies irrégulières.

Kyste intraligamentaire.

OBSERVATION 28

Huit ans après la ménopause, métrorragies pendant neuf mois.

Kyste de l'ovaire avec hémorragie intrakystique et compliqué d'ascite.

OBSERVATION 29

Sept ans après la ménopause, la malade se retrouve une nuit inondée de sang dans son lit ; ensuite métrorragies tantôt discontinues, tantôt continues pendant trois ans.

Kyste multiloculaire.

OBSERVATION 30

Dix ans après ménopause, métrorragies continues durant un an.

Kyste multiloculaire. Castration unilatérale. Cessation des métrorragies huit jours après.

OBSERVATION 31

Onze ans après la ménopause, métrorragies abondantes ayant conduit la malade à un état anémique.

Kyste pauciloculaire à contenu saepia.

OBSERVATION 32

Métrorragies quinze ans après la ménopause pendant un an.

Grand kyste multiloculaire.

OBSERVATION 33

(Terrier)

70 ans. Métrorragies depuis six mois, fétides par périodes. Augmentation de volume de l'utérus.

Kyste de l'ovaire adhérent.

OBSERVATION 34

(Pozzi)

56 ans. Ménopause à 49 ans.

Métrorragies depuis cinq ans. Augmentation de volume du ventre.

Kyste de l'ovaire tordu.

OBSERVATION 35

(Thèse Bentkowski 1920)

Métrorragies périodiques simulant les règles chez une femme de soixante ans, dix ans après la ménopause.

Cancer de l'ovaire.

OBSERVATION 36

(Thèse Delespierre)

56 ans. Ménopause à 48 ans.

Voit reparaître ces quatre derniers mois un flux sanguin assez régulier, revenant à peu près tous les mois et durant six jours.

En même temps, augmentation de volume de l'abdomen.

Diagnostic clinique : kyste de l'ovaire.

Intervention : énorme tumeur polykystique de l'ovaire gauche, refoulant à droite et englobant en partie l'utérus et les annexes du côté droit.

OBSERVATION 37

65 ans. Ménopause à 43 ans.

Depuis un an, le ventre grossit progressivement. Souffrances vives. Il y a six mois, hémorragie assez abondante, durée de six jours environ.

Kyste tordu de l'ovaire gauche.

Ovariectomie.

OBSERVATION 38

55 ans. Ménopause à 52 ans.

Douleurs abdominales avec irradiations dans les cuisses et les reins.

Pertes rouges intermittentes et d'intensité variable.

Tumeur végétante de l'ovaire droit. Inextirpable.

OBSERVATION 39

51 ans. Ménopause à 45 ans.

Depuis un an, amaigrissement. Souffre du ventre depuis six mois. Pertes blanches striées de sang comparables à du jaune d'œuf.

Cysto-sarcome de l'ovaire gauche.

OBSERVATION 40

64 ans. Ménopause à 52 ans.

Depuis un an, ventre augmentant de volume.

Depuis trois semaines, hémorragies abondantes.

Sarcome de l'ovaire droit.

OBSERVATION 41

48 ans. Ménopause à 45 ans.

Le ventre augmente de volume depuis dix-huit mois.

Il y a dix-huit mois, hémorragie assez abondante qui ne dura que quelques jours.

Cancer de l'ovaire gauche.

Conclusions

1° En présence de métrorragies survenant après la ménopause, il faut penser tout d'abord aux causes les plus fréquentes :

le cancer du col de l'utérus,
le cancer du col utérin.

Il faut savoir qu'il peut exister d'autres causes utérines :

les métrites séniles,
les métrites polypeuses.

Enfin, il est nettement établi qu'une tumeur ovarienne, après la ménopause, peut être la cause de métrorragies simulant celles du cancer de l'utérus,

2° L'existence des métrorragies liées à des lésions annexielles est démontrée par des faits cliniques bien établis tels que celui que nous rapportons et qui appartient à notre Maître, le Docteur Pierre Brocq.

3° La pathogénie de ces hémorragies reste obscure. Peut-être, d'après Moulouguet, pourrait-on poser l'hypothèse d'une action trophique exercée par l'appareil nerveux compris dans le mésovaire et le méso-salpinx sur l'utérus sénile.

4° Le diagnostic ne peut se faire, avant l'opération, qu'après élimination des causes utérines par l'exploration endo-utérine (curettage, radiographie après lipiodol ou par la constatation de signes physiques de tumeur annexielle ; sinon ce sera une découverte opératoire.

5° Le seul traitement à envisager est l'hystérectomie totale.

6° La question de la radiothérapie post-opératoire se pose. Elle est à l'étude et il semble d'ores et déjà qu'il y ait des tumeurs ovariennes *radiosensibles* qu'il y a intérêt à irradier, et d'autres, *non radiosensibles* pour lesquelles cette thérapeutique est illusoire.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

BALTHAZARD.

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- BENTKOWSKI. — Thèse Montpellier, 1920-21.
- BOUILLY. — Des métrorragies d'origine ovarienne. — *La Gynécologie* 1899.
- DALCHÉ. — *Gazette des Hôpitaux*, 1912.
- DELESPINE. — Métrorragies et affections annexielles. — *Thèse Paris* 1904-05.
- EDES. — *Thèse Paris* 1906-7.
- FOUTAN. — Métrorragies de la soixantaine (*Concours Médical*, 28 déc. 1926).
- GARCHEAU. — *Thèse Paris* 1902-3.
- HOCHE. — *Thèse Nancy* 1929.
- LEWERS. — *The Lancet* 1897.
- MASSABUAU et ETIENNE. — *Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale*.
- MICHON. — *Thèse Lyon* 1923.
- MOULONGUET. — Métrorragies après la ménopause en dehors du cancer du corps de l'utérus. — *Revue Gynécologie et obstétrique*, année 1924.
- NICOLAU. — Contribution à l'étude des métrorragies de la ménopause (métrorragies d'origine ovarienne. — *Thèse Montpellier* 1912-13.
- PELCOT. — Métrorragies symptomatiques des kystes intraligamentaires.
- SÉJOURNET. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. — *Gynécologie*, déc. 1923.
- TERRIER. — *Revue de chirurgie*, 1884.

SAPPEY. — Origine ovarienne de certaines hémorragies utérines. Etudes et recherches anatomo-pathologiques

— *Thèse Montpellier* 1921-22.

SCHWARTZ. — Hémorragies utérines d'origine ovarienne. —

Paris Médical, août 1926.



Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette



